

Copia de requerimientos

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Irizarry Vargas, Javier A	74697	6/29/2018	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$27,811.05
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Irizarry Vargas, Javier A	74697	6/29/2018	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$27,811.05
Base para:	La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra dicho sistema, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

Jack

Se les envia
copias

2. Por correo postal. Si usted no es un abogado que sea usuario inscrito en el sistema del Tribunal de radicación de causas, podrá radicar y notificar una **réplica por correo postal** dirigida a la Secretaría del Tribunal, a la Junta de Supervisión y al Comité de Acreedores a las siguientes direcciones:

OK

Secretaría (Clerk's Office)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
Room 150 Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918-1767

OK

Abogado de la Junta de Supervisión (Counsel for the Oversight Board)
Proskauer Rose LLP
Eleven Times Square
Nueva York, Nueva York 10036-8299
A/A: Martin J. Bienenstock
Brian S. Rosen

OK

Abogado del Comité de Acreedores (Counsel for the Creditors' Committee)
Paul Hastings LLP
200 Park Avenue
Nueva York, Nueva York 10166
A/A: Luc A. Despins
James Bliss
James Worthington
G. Alexander Bongartz

SU RÉPLICA deberá enviarse para que se reciba por la Secretaría, la Junta de Supervisión y el Comité de Acreedores a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 14 de enero de 2020**, salvo extensión por escrito por parte del ELA, la ACT o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

Si no puede radicar y notificar una réplica en línea o por correo postal, según se especificó anteriormente, podrá radicar una réplica en persona en la siguiente dirección a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 14 de enero de 2020**, salvo extensión por escrito por parte del ELA, la ACT o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite:

Secretaría (Clerk's Office)

Tribunal de Distrito de los Estados Unidos

[Handwritten signature]

Copia Reclamación

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case. Llene esta información para identificar el caso.	Select only one Debtor per claim form. Seleccione solo un deudor por formulario de reclamación.	
<input type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input checked="" type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quiénes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, ordenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Identify the Claim / Identificar la reclamación
<p>1. Who is the current creditor? ¿Quién es el acreedor actual?</p> <p><u>Javier A. Irizarry Vargas</u></p> <p>Name of the current creditor (the person or entity to be paid on this claim) Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)</p> <p>Other names the creditor used with the debtor Otros nombres que el acreedor usó con el deudor</p>

Javier

2. Has this claim been acquired from someone else? ☒ No / No
☐ Yes. From whom? Si: ¿De quién?

¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?

3. Where should notices and payments to the creditor be sent? Where should notices to the creditor be sent?
¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?

Where should payments to the creditor be sent? (if different)
¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente)

Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g)
¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?

Norma Federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)
¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?

Name / Nombre Javier A. Irizarry Vargo Javier A. Irizarry
He 1. Box 10107 He 1. Box 10107
San Sebastian P.R. 00685 San Sebastian P.R. 00676
787-454-6573 787-454-6573
javier.irizarry@yahoo.com javier.irizarry@yahoo.com

4. Does this claim amend one already filed? ☒ No / No
☐ Yes. Claim number on court claims registry (if known)
¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?
Si. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo)
Filed on / Presentada el (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim? ☒ No / No
☐ Yes. Who made the earlier filing?
¿Sabes si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?
Si. ¿Quién hizo la reclamación anterior?

Part 2: Parte 2: Give Information About the Claim as of the Petition Date
Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico? ☐ No / No
☒ Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: <https://cases.primedclerk.com/puertorico/>.)
¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?
Si. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: <https://cases.primedclerk.com/puertorico/>).
Sistema Retiro de los Empleados del Gobierno de Puerto Rico

7. Do you supply goods and/or services to the government? ☒ No / No
☐ Yes. Provide the additional information set forth below / Si. Proporcionar la información adicional establecida a continuación:
¿Proporciona bienes y/o servicios al gobierno?
Vendor / Contrata Number / Número de proveedor / contrato:

List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017:
Anote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$

8. How much is the claim?

\$ 27,811.05

Does this amount include interest or other charges?

¿Este importe incluye intereses u otros cargos?

☐ No / No

☒ Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A).

Si. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).

¿Cuál es el importe de la reclamación?

9. What is the basis of the claim?

Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.

¿Cuál es el fundamento de la reclamación?

Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.

Apotación Acumulada de Retiro

10. Is all or part of the claim secured?

☒ No / No

☐ Yes. The claim is secured by a lien on property.

Si. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien.

¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?

Nature of property / Naturaleza del bien:

☐ Motor vehicle / Vehículos

☐ Other. Describe:

Otro. Describir:

Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales:

Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.)

Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.

Value of property / Valor del bien:

\$

Amount of the claim that is secured /

Importe de la reclamación que está garantizado: \$

Amount of the claim that is unsecured /

Importe de la reclamación que no está garantizado: \$

(The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.)

(La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.)

Amount necessary to cure any default as of the Petition Date /

Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso: \$

Annual Interest Rate (on the Petition Date)

Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) %

☐ Fixed / Fija

☐ Variable / Variable

11. Is this claim based on a lease?

☒ No / No

☐ Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date.

Si. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso: \$

¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de los Sistemas de Retiro
de los Empleados del Gobierno y la Judicatura

ESTADO DE CUENTA ESTIMADO

27 de junio de 2018

Agencia: 349 - MUNICIPIO MOCA

JAVIER IRRIZARY VARGAS
URB EL PEPINO
CASA B66 CALLE # 2
MOCA, PR 00676

Seguro Social: XXX-XX-XXXX

A base de la información en nuestros registros, al 27 de junio de 2018 usted posee:

Fecha de Nacimiento: ~~18 de abril de 1976~~ 01/01/1976

Género: Masculino

Fecha de Ingreso al Servicio Público: 01 de febrero de 2000

Fecha de Comienzo de Cotización: 01 de febrero de 2000

Ley R2000 al 30 de junio de 2013

Años Acreditados:	13.02
Aportaciones:	\$15,682.23
Intereses:	\$1,641.42
Gastos Teneduría:	(\$75.47)
Total Aportaciones:	\$17,323.65
SNC Pagado:	\$0.00
SNC Tiempo:	0.00
Beneficio:	\$0.00

Ley 3 al 30 de junio de 2017

Tiempo Trabajado:	17.02
Aportaciones:	\$23,804.98
Intereses:	\$4,006.07
Gastos Teneduría:	\$0.00
Total Aportaciones:	\$27,811.05
Beneficio:	\$0.00

Es importante destacar que el Balance de la Aportación Individual reflejada es la acumulación de la cantidad aportada a Retiro a la fecha de la última nómina procesada en el Sistema. Los balances aquí reflejados por concepto de Aportación Individual y Años de Servicio están sujetos a revisión.

En caso de que la información no coincida con sus registros, deberá comunicarse con el Coordinador para Asuntos de Retiro de su Agencia o Municipio. Además, puedes acceder esta información a través de la sección Servicios en Línea del Portal de Internet de Retiro: <http://www.retiro.pr.gov>.

Le recordamos que previo a radicar una solicitud de pensión, deberá solicitar un Estado de Cuenta oficial a través de su Coordinador.

Coordialmente,

Unidad de Estado de Cuenta
Área de Participantes

RETIRO
GOBIERNO DE PUERTO RICO

12. Is this claim subject to a right of setoff?

☐ No / No

☒ Yes. Identify the property.
Sí. Identifique el bien:

Aportaciones del Plan de Retiro

¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?

13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)?

☒ No / No

☐ Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim.

¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?

Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación:

The person completing this proof of claim must sign and date it.
FRBP 9011(b).

If you file the claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha.
FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.

☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.

☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.

☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this Proof of Claim serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta Evidencia de reclamación se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta Evidencia de reclamación y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el *June/27/2018* (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA) *06/27/2018*

Signature / Firma

Javier y Vargas

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación.

Name

Javier Antonio Irizarry
First name / Primer nombre Middle name / Segundo nombre Last name / Apellido

Title / Cargo

Coordinador Oficina Turismo Municipio de Moca
Municipios de Moca

Company / Compañía

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.
Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

Calle Calazan Lassalle
Number / Número Street / Calle

Moca
City / Ciudad

P.R.
State / Estado

00676
ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto

787-977-2233

Email / Correo electrónico

CT de Moca@yahoo.com

Javier



Gobierno de Puerto Rico
Municipio de Moca

Departamento de Recursos Humanos

CERTIFICACION

Yo, David A. Cabán Romero, Director de Recursos Humanos del Municipio de Moca, **CERTIFICO** que las W2 incluidas son fiel y exacta a la original que figuran en nuestros archivos. Las copias se expiden a solicitud del Sr. Javier Irizarry Vargas. Estas copias no pueden ser reproducidas y deberán ser utilizadas para el propósito solicitado.

Para que así conste firmo la presente, hoy viernes, 10 de enero de 2020 en Moca, Puerto Rico.

Certifico Correcto,

David A. Cabán Romero
Director de Recursos Humanos



Año 2000

MUNICIPIO DE MOCA "CAPITAL DEL MUNDILLO"			H			NUMERO DEL SEGURO SOCIAL			065088			FECHA DEL PERIODO		
NOMBRE DEL EMPLEADO												12/31/2000		
JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS														
INGRESOS			DEDUCCIONES			CONTRIBUCIONES								
DESCRIPCION	HORAS	CANTIDAD	DESCRIPCION	CANTIDAD	ACUMULADAS	TIPO	CANTIDAD	ACUMULADAS						
SAL	81.25	549.50	Medicare	7.97	194.37	SEG SOC								
			SEGURO CH	1.50	26.00	CONT.	34.07	831.24						
			MEDICAL O		6.00		32.61	778.71						
			COMPLETA		88.04									
			RETIRO 20	45.47	892.00									
						TOTAL:	66.68	1809.95						
						FECHA DEL CHEQUE		NUM DEL CHEQUE						
						12/28/2000		0065088						
						PAGO NETO								
GRESOS:		549.50	DEDUCCIONES CORRIENTES:		54.94	CORRIENTE:		427.88						
GRESOS ACUMULADOS:		13408.00	DEDUCCIONES ACUMULADAS:		1206.41	ACUMULADO:		10591.64						

Año 2000

Javier



Gobierno de Puerto Rico
Municipio de Moca

Departamento de Recursos Humanos

Certificación

Certifico que el **Sr. Javier Antonio Irizarry Vargas** con número de seguro social **XXX-XX-4477** es un empleado del Municipio de Moca el cual se desempeña la función de Coordinador de Turismo como Empleado Regular. El mismo pertenece al Sistema de Retiro de **Reforma 2000**. Durante los años 2001 y 2003 el empleado tuvo los siguientes descuentos por concepto del Sistema de Retiro según consta en el modulo de nómina:

Año

Descuento de Retiro

1 de Enero 2001 al 31 Diciembre de 2001

\$1,091.28

1 de Enero 2003 al 31 de Julio de 2003

\$658.00

Para que asi conste, firmo la presente hoy viernes 10 de Enero de 2020.

David A. Cabán Romero

Director de Recursos Humanos



CNO 2002

NOMBRE DEL EMPLEADO
JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS

H

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL

FECHA
12/31/2002

INGRESOS

DEDUCCIONES

CONTRIBUCIONES

DESCRIPCION	HORAS	CANTIDAD	DESCRIPCION	CANTIDAD	ACUMULADAS	TIPO	CANTIDAD	ACUMULADAS
AL	81.25	568.00	Medicare	8.24	205.40	SEG. SOC.	35.22	877.98
			CAMPANA B	1.00	12.00	CONT.	29.30	719.69
			SEGURO CH	1.50	26.00			
			TRANS OCE	14.98	59.92			
			RETIRO 20	47.00	1109.64			
			UNIVERSAL		123.00			
			PRESTAMO		170.24			
			PRESTAMO		170.32			
75	18.75	225.00	E.L.A. AH	17.04	402.36			
75	11.25	138.75	OTHER	41.79	383.28			
			TOTAL:		64.52		1597.67	
			FECHA DEL CHEQUE					NUM DEL CHEQUE
			12/20/2002					9005266

PAGO NETO

GRESOS: 568.00 DEDUCCIONES CORRIENTES: 154.35 CORRIENTE: 371.93
GRESOS ACUMULADOS: 114160.00 DEDUCCIONES ACUMULADAS: 2662.16 ACUMULADO: 9900.17

LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
MUNICIPIO DE MOCA
CUENTA NOMINA



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Municipio de Moca

CUENTA NOMINA

BANCO POPULAR DE PUERTO RICO

101-201

9005266

DEPOSITO DIRECTO

NO ES VALIDO DESPUES DE SEIS MESES DE HABER SIDO EMITIDO

FECHA DEL DEPOSITO
12/20/2002

NUM. DEL DEPOSITO
9005266

CANTIDAD DEL DEPOSITO
\$ 3,115.75

THREE HUNDRED SEVENTY-ONE DOLLARS AND 93 CENTS

PAGUESE A LA
ORDEN DE:

JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS
HC-02 BOX 13305
MOCA PR 00676

NON-NEGOTIABLE

[Handwritten signature]

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 05/02

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL	
DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre-First Name JAVIER ANTONIO	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 450-00-0000	8. Sueldos - Wages 14160.00	17. Subtotales-cada 41 Subtotals-every 41 14160.00
Apellido(s)-Surname(s) IRIZARRY-VARGAS	4. Estado Civil-Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input checked="" type="checkbox"/>	9. Comisiones-Commissions 0.00	18. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 14160.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC-02 BOX 13305 MOCA PR 00676	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No. 000-00-0000	10. Concesiones-Allowances 0.00	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 877.98
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address Municipio de Moca Apartado 1571 Moca PR 00676	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 66-0433489	11. Propinas-Tips 0.00	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 14160.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 27519345	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	12. Total=8+9+10+11 14160.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 205.40
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 719.69	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Número Control - Control Number 27519345	15. Fondo de Retiro Retirement Fund 14160.00	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributors to CODA PLANS 0.00	23. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Instrucciones al dorso - Instructions on back		24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación, en el Departamento de Procesamiento de Planillas.
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.

INSTRUCCIONES
DEBEA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos:

- todo individuo soltero (o casado, pero que no viva con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300;
- todo individuo casado que viva con su cónyuge y que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Cualquier persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla o declaración, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, en adición a otras penalidades previstas por el Código, será culpable de un delito menor, grave y castigada con multa no mayor de \$500 o reclusión por un término no mayor de seis meses, o ambas penas, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos) con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, en adición a otras penalidades previstas por el Código, será culpable de un delito grave y castigada con multa no mayor de \$20,000 o reclusión por un término fijo de tres años. De mediar circunstancias agravantes, la pena establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco años. De mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos años, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso.

Retenga la Copia C de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe al error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCTIONS
THIS COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Tax returns must be filed by:

- every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300;
- every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year individually or jointly, had a gross income of more than \$6,000.

PENALTY - The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Any person liable under any Subtitle of the Code to file a return or statement, who willfully fails to file such return or statement within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$500 or by imprisonment for a term of not more than six months, or both penalties, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return or statement (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations) with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a felony, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$20,000 or imprisonment for a term of three years. If there were aggravating circumstances, the established penalty may be increased to a maximum of five years. If there were extenuating circumstances, it may be reduced to a maximum of two years, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution.

Keep Copy C of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, tell your employer to prepare Form 499R-2c/W-2cPR.

Handwritten signature: *Javier*
Handwritten date: *2002*



Gobierno de Puerto Rico
Municipio de Moca

Departamento de Recursos Humanos

Certificación

Certifico que el **Sr. Javier Antonio Irizarry Vargas** con número de seguro social **XXX-XX-~~XXXX~~** es un empleado del Municipio de Moca el cual se desempeña la función de Coordinador de Turismo como Empleado Regular. El mismo pertenece al Sistema de Retiro de **Reforma 2000**. Durante los años 2001 y 2003 el empleado tuvo los siguientes descuentos por concepto del Sistema de Retiro según consta en el modulo de nómina:

<u>Año</u>	<u>Descuento de Retiro</u>
1 de Enero 2001 al 31 Diciembre de 2001	\$1,091.28
1 de Enero 2003 al 31 de Julio de 2003	\$658.00

Para que así conste, firmo la presente hoy viernes 10 de Enero de 2020.


David A. Cabán Romero
Director de Recursos Humanos





H

NOMBRE DEL EMPLEADO NUMERO DEL SEGURO SOCIAL FECHA DEL PERIODO

JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS ~~XXXXXXXXXX~~ 12/31/2004

INGRESOS			DEDUCCIONES			CONTRIBUCIONES		
ESCRIPCION	HORAS	CANTIDAD	DESCRIPCION	CANDTIDAD	ACUMULADAS	TIPO	CANTIDAD	ACUMULADAS
SAL	81.25	587.00	Medicare	8.51	199.02	SEG. SOC.		
			CAMPANA B	1.00	22.00	CONT.	36.39	850.88
			SEGURO CH	1.50	24.00		17.87	432.91
			RETIRO 20	48.57	1052.84			
			E.L.A. AH	17.61	381.72			
			INTERNATI	46.50	1741.00			
			E.L.A. PR	16.50	363.00			
V75	18.75	225.00	PRESTAMO		234.08			
E75	11.25	322.50	PRESTAMO	21.25	234.19			
			OTHER	4.70	150.40			
GRESOS:		587.00	DEDUCCIONES CORRIENTES:		166.18	CORRIENTE:		366.56
GRESOS ACUMULADOS:		13724.00	DEDUCCIONES ACUMULADAS:		4402.25	ACUMULADO:		8037.96

TOTAL: 54.26 1283.79

FECHA DEL CHEQUE NUM DEL CHEQUE

12/22/2004 9014887

PAGO NETO

STA. LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
MUNICIPIO DE MOCA
CUENTA NOMINA

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Municipio de Moca
CUENTA NOMINA

DEPOSITO DIRECTO

THREE HUNDRED SIXTY-SIX DOLLARS AND 56 CENTS

PAGUESE A LA JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS
ORDEN DE: HC-02 BOX 13305
MOCA PR 00676

BANCO POPULAR DE PUERTO RICO 101-201
Sucursal De Moca 215

FECHA DEL DEPOSITO 12/22/2004

NUM. DEL DEPOSITO 9014887

CANTIDAD DEL DEPOSITO *****366.56

NON-NEGOTIABLE

Jatep

4750 2005

NOMBRE DEL EMPLEADO

H

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL

FECHA
DEL PERIODO

12/31/2005

JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS

DEDUCCIONES

CONTRIBUCIONES

INGRESOS

DEDUCCIONES

ACUMULADAS

TIPO

CANTIDAD

ACUMULADAS

CRIPCION HORAS CANTIDAD

DESCRIPCION

CANTIDAD

ACUMULADAS

TIPO

CANTIDAD

ACUMULADAS

AL 81.25 626.50

Medicare
CAMPAÑA B
SEGURO CH
RETIRO 20
E.L.A. AM
INTERNATI
E.L.A. PR
PRESTAMO
PRESTAMO
OTHER

9.08
1.00
1.50
51.84
18.80
119.50
22.55
34.24
4.70

225.00
24.00
26.00
1201.62
435.72
1700.00
529.10
371.91
112.80

SEG. SOC.
CONT.

38.84
21.82

962.28
507.11

INGRESOS: 626.50
INGRESOS ACUMULADOS: 15522.00

DEDUCCIONES CORRIENTES:
DEDUCCIONES ACUMULADAS: 4992.18

253.21
4992.18

TOTAL: 60.66

FECHA DEL CHEQUE

12/31/2005

LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
MUNICIPIO DE MOCA
CUENTA NOMINA

Banco Popular de Puerto Rico

10/201

FECHA DEL

DEPOSITO

9020042



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Municipio de Moca

DEPOSITO DIRECTO

THREE HUNDRED TWO DOLLARS AND 63 CENTS

PAGUESE A LA

ORDEN DE

JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS

HC-02 BOX 13305

PR 00676

MCCA

NON-NEGOTIABLE

CANTIDAD DEL DEPOSITO
\$***302.63

NO ES VALIDO DESPUES DE SES
MESES DE LIBERARLO ENTREGA

12/31/2005

9020042

Handwritten signature

Año 2006

NOMBRE DEL EMPLEADO			NUMERO DEL SEGURO SOCIAL			FECHA DEL PERIODO		
JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS			H			12/31/2006		
INGRESOS		DEDUCCIONES		CONTRIBUCIONES				
RIPCIÓN	HORAS	CANTIDAD	DESCRIPCION	CANTIDAD	ACUMULADAS	TIPO	CANTIDAD	ACUMULADAS
	81.25	626.50	Medicare CAMPANA B	9.08	232.42	SEG. SOC. CONT.	38.84	994.16
			SEGURO CH	1.50	26.00		21.82	558.51
			RETIRO 20	51.84	1244.16			
			E.L.A. AH	18.80	451.20			
			INTERNATI		239.00			
			E.L.A. PR	31.43	665.52			
			PRESTAMO		410.76			
			PRESTAMO		410.88			
			OTHER	34.24	112.80			
				4.70				
RESOS:		626.50	DEDUCCIONES CORRIENTES:		151.59			
RESOS ACUMULADOS:		16036.00	DEDUCCIONES ACUMULADAS:		3794.74			
CORRIENTE:			ACUMULADO:		414.25			
PAGO NETO					9025440			

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Municipio de Moca
CUENTA NOMINA

DEPOSITO DIRECTO

BANCO POPULAR DE PUERTO RICO
Sucursal de Moca

NO ES VALIDO DESPUES DE SEIS MESES DE HABER SIDO EMITIDO

12/20/2006 9025440

CANTIDAD DEL DEPOSITO: \$*****414.25

NON-NEGOTIABLE

FOUR HUNDRED FOURTEEN DOLLARS AND 25 CENTS

PAGUESE A LA ORDEN DE: JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS
HC-02 BOX 13305
MOCA PR 00676

9025440

[Handwritten signature]

CONTRIBUTION OF

ACUMULADAS



3126052



NON-NEGOTIABLE

gall

NOMBRE DEL EMPLEADO			NUMERO DEL SEGURO SOCIAL			FECHA DEL PERIODO		
JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS			XXXXXXXXXXXX			12/31/2009		
INGRESOS			DEDUCCIONES			CONTRIBUCIONES		
DESCRIPCION	HORAS	CANTIDAD	DESCRIPCION	CANDTIDAD	ACUMULADAS	TIPO	CANTIDAD	ACUMULADAS
B1.25	670.50	Medicare	9.72	250.68	SEG. SOC. CONT.	41.57 20.10	1072.08 644.41	
		SEGURO CH	1.50	26.00				
		RETIRO 20	55.48	1331.52				
		E.L.A. AH	20.12	482.88				
		INTERNATI	13.00	312.00				
		E.L.A. PR	123.59	2966.16				
18.75 11.25	675.00 810.00	PRESTAMO		821.16	TOTAL:	61.67	1714.49	
		PRESTAMO	68.42	821.04	FECHA DEL CHEQUE	NUM DEL CHEQUE		
		E.L.A. SE	4.70	112.80	12/23/2009	7043511		
					PAGO NETO			
GRESOS:		670.50	DEDUCCIONES CORRIENTES:		296.53	CORRIENTE:		312.30
GRESOS ACUMULADOS:		17292.00	DEDUCCIONES ACUMULADAS:		7124.24	ACUMULADO:		8169.40

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
MUNICIPIO DE MOCA
CUENTA NOMINA



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Municipio de Moca
CUENTA NOMINA

DEPOSITO DIRECTO

BANCO POPULAR DE PUERTO RICO
Sucursal De Moca

101-201
216

FECHA DEL
Deposito

9043511

NUM. DEL DEPOSITO

NO ES VALIDO DESPUES DE SEIS
MESES DE HABER SIDO EMITIDO

12/23/2009

9043511

CANTIDAD DEL DEPOSITO
\$*****312.30

THREE HUNDRED TWELVE DOLLARS AND 30 CENTS

PAGUESE A LA
ORDEN DE:

JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS
HC-02 BOX 13305
MOCA PR 00676

NON-NEGOTIABLE

[Handwritten signature]

Formulario
Form 499R-2W-2PR
Rev. 07.09

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JAVIER ANTONIO		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 17,292.00	7. Sueldos - Wages 17,292.00	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Apellido(s)-Surname(s) IRIZARRY-VARGAS		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660-43-3489	8. Comisiones-Commissions		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 17,292.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC-02 BOX 13305 MOCA PR 00676		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones-Allowances		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 1,072.08
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address MUNICIPIO DE MOCA P.O. BOX 1571 MOCA 00 1571		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	10. Propinas - Tips 17,292.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 17,292.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 8778058		Copia A - Copy A Envíe a: - Send to: NEGOCIADO DE PROCESAMIENTO DE PLANILLAS PO BOX 9022501 SAN JUAN PR 00902-2501 Año: 2009	11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 17,292.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 250.68
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year			12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
Número Control - Control Number 3982172			13. Cont. Retenida - Tax Withheld 644.41		22. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 Instrucciones al dorso de copia D - Instructions on back of copy D			14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,331.52		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips
			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS		
			16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004, Salaries under Act. No. 324 of 2004		

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas.
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.

THE PHOENIX COMPANY, INC.

Handwritten signature

Formulario
Form 499R-2W-2PR
Rev. 05.10

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JAVIER ANTONIO		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 222222222		7. Sueldos - Wages 17,092.00		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s)-Surname(s) IRIZARRY-VARGAS		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660-43-3489		8. Comisiones-Commissions				17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 17,092.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC-02 BOX 13305 MOCA		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones-Allowances				18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 1,059.68	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address MUNICIPIO DE MOCA P.O.BOX 1571 CALLE CALAZAN LASALLE MOCA PR 00676		6. Costo de Pensión o Anuidad Cost of Pension or Annuity		10. Propinas - Tips				19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 17,092.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 877-8058		Copia A - Copy A Envíe a: - Send to: NEGOCIADO DE PROCESAMIENTO DE PLANILLAS PO BOX 9022501 SAN JUAN PR 00902-2501 Año: 2010 Year:		11. Total: 7 + 8 + 9 + 10 17,092.00				20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 247.78	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses				21. Propinas Seguro Social Social Security Tips	
Número Control - Control Number 107933934				13. Contrib. Retenida - Tax Withheld 442.20				22. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips	
				14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,331.52				23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips	
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS				24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010	
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 - Salaries under Act. No. 324 of 2004					
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 Instrucciones al dorso de copia D - Instructions on back of Copy D									

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas.
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.

THE PHOENIX COMPANY, INC.

Jatell

Formulario
Form 499R-2W-2PR
Rev. 10.11

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

INFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATION

INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY INFORMATION

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JAVIER ANTONIO		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 660-43-3489		7. Sueldos - Wages 17,242.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 17,242.00	
Apellido(s)-Surname(s) IRIZARRY-VARGAS		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660-43-3489		8. Comisiones-Commissions		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 724.20	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address HC-02 BOX 13305 MOCA		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día ____ Mes ____ Año ____ Day ____ Month ____ Year ____		9. Concesiones-Allowances		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 17,242.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address MUNICIPIO DE MOCA P.O. BOX 1571 MOCA PR 00776		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		10. Propinas - Tips		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 249.94	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 7878778058		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer sponsored health coverage		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 17,242.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día ____ Mes ____ Año ____ Day ____ Month ____ Year ____		6B. Donativos Charitable Contributions		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses		22. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips	
Número Control - Control Number 115190356		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2011 Year:		13. Contrib. Retenida - Tax Withheld 1,344.00		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 7878778058		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2011 Year:		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 1,344.00			
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día ____ Mes ____ Año ____ Day ____ Month ____ Year ____		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2011 Year:		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS			
Número Control - Control Number 115190356		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2011 Year:		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 - Salaries under Act. No. 324 of 2004			
Número Control - Control Number 115190356		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2011 Year:		16A. Aportación al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program			

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas.
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.

Reproduced by: THE PHOENIX COMPANY, INC.

INSTRUCCIONES DEBERA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

De acuerdo al Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico (Código), Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de más de \$5,000;
- sea casado que viva con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

Si usted eligió tributar bajo las disposiciones del Código de Rentas Internas de 1994, refiérase a las disposiciones aplicables bajo el mismo:

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla de declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamento), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga la Copia C de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un formulario 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCTIONS THIS COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Pursuant to the Internal Revenue Code for a New Puerto Rico (Code), an income tax return must be filed by any resident individual that:

- is an individual taxpayer or married, who during the taxable year had a gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions of more than \$5,000;
- is a married individual who lives with his/her spouse, who elects to file separate returns that during the taxable year had a gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more;

If you elected to be taxed under the provisions of the Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, refer to the sections applicable thereunder.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, declaration, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, declaration, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, declaration or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep Copy C of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2c/W-2cPR.

[Handwritten signature]

Formulario
Form 499R-2W-2PR
Rev. 09.12

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

INFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATION

INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY INFORMATION

222

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JAVIER ANTONIO		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 660-43-3489		7. Sueldos - Wages 17,392.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 17,392.00	
Apellido(s)-Surname(s) IRIZARRY-VARGAS		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660-43-3489		8. Comisiones-Commissions		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 730.56	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address HC-02 BOX 13305 MOCA PR 00676		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Cescesiones-Allowances		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 17,392.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address MUNICIPIO DE MOCA P.O.BOX 1571 MOCA PR 00676		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		10. Propinas - Tips		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 252.10	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 7878778058		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer sponsored health coverage		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 17,392.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 1,356.48	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year		6B. Donativos Charitable Contributions		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales - Reimb. Expenses and Fringe Benefits		22. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips	
Número Control - Control Number 124500927		Original Envíe a: - Sent to: Social Security Adm. Wilkes-Barre D.O.C. Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR With the Año: 2012 Year:		13. Cent. Retenida - Tax Withheld		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 Instrucciones al dorso de copia D - Instructions on back of Copy D				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 1,356.48			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 - Salaries under Act. No. 324 of 2004			
				16A. Aportación al Programa Ahorra y Dobla tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program			

Reproduced by: THE PHOENIX COMPANY, INC

Handwritten signature

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 08.13

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

091300

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JAVIER ANTONIO		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 660433489		7. Sueldos - Wages 17392.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 17392.00	
Apellido(s) - Surname(s) IRIZARRY-VARGAS		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433489		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 1078.40	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address HC-02 BOX 13305 MOCA, PR 00676		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día ____ Mes ____ Año ____ Day ____ Month ____ Year ____		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 17392.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address MUNICIPIO DE MOCA P.O. BOX 1571 MOCA, PR 00676		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 252.10	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 7878778058		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer - sponsored health coverage 0.00		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 17392.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Día ____ Mes ____ Año ____ Cease of Operations Date: Day ____ Month ____ Year ____		6B. Donativos Charitable Contributions 0.00		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number W418250		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2013 Year:		13. Contrib. Retenida - Tax Withheld 0.00		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 003128690				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 1497.84			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
				16. Salarios bajo Ley 324 de 2004 Salaries under Act 324 of 2004 0.00			
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			
Instrucciones al dorso - Instructions on back							

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas.
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.

Generado por SUCMTAX.COM

INSTRUCCIONES
DEBERA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de más de \$5,000;
- sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

Si usted eligió tributar bajo las disposiciones del Código de Rentas Internas de 1994, refiérase a las disposiciones aplicables bajo el mismo.

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en pena no menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión que fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga la Copia C de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCTIONS
THIS COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual that:

- is an individual taxpayer or married, who during the taxable year had a gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions of more than \$5,000;
- is a married individual who lives with his/her spouse, who elects to file separate returns that during the taxable year had a gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

If you elected to be taxed under the provisions of the Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, refer to the sections applicable thereunder.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep Copy C of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2c/W-2cPR.

[Handwritten signature]

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual that

- is an individual taxpayer or married, who during the taxable year had gross income reduced by Code Section 1031(a) exemptions greater than \$5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns that during the taxable year had gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviera un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- sea casado que viva con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviera un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o mas;
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$15,000 o mas.

Si usted elige imputar bajo las disposiciones del Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado, refiérase a las disposiciones aplicables bajo el mismo.

PELIGRIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Substituto del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente deje de rendir dicha planilla, declaración, certificación, o informe, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave y en caso de reincidencia, en delito mayor de reincidencia por el Substituto correspondiente a su discreción podrá imponer la pena fijada de recesión establecida o pena de multa que no exceda de \$20,000, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Código, incurrirá en delito menor de reincidencia por el Substituto correspondiente a su discreción podrá imponer la pena fijada de recesión establecida o pena de multa que no exceda de \$20,000, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito mayor de reincidencia por el Substituto correspondiente a su discreción podrá imponer la pena fijada de recesión establecida o pena de multa que no exceda de \$20,000, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso.

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO		DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY		FORMULARIO 4998-Z/W-2PR	
222		222		222		222	
JAVIER ANTONIO Apellido(s) - Surname(s) IRIZARRY-VARGAS Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address HC-02 BOX 13305 MOCA, PR 00676		MUNICIPIO DE MOCA P.O. BOX 1571 MOCA PR, 00676 Número de Teléfono del Patrono 78787778058 Fecha Cese de Operaciones: Día ____ Mes ____ Año ____ Cese of Operations Date: Day ____ Month ____ Year ____ Número Confirmación de Radicación Electrónica W5 16642 003194373		Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 Año: 2014 Ver: 2014		Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 Año: 2014 Ver: 2014	
3. Num. Seguro Social 660433489 4. Num. de Ident. Patronal 660433489 5. Costo de cobertura de salud suscitada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos 0.00 7. Charitable Contributions 0.00		Patrono: - Employer: Envíale a - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR Envíale al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.gobierno.pr)		8. Salaries - Salaries 1639.20 9. Salaries - Salaries 1639.20 10. Salaries - Salaries 1639.20 11. Salaries - Salaries 1639.20 12. Salaries - Salaries 1639.20 13. Salaries - Salaries 1639.20 14. Salaries - Salaries 1639.20 15. Salaries - Salaries 1639.20 16. Salaries - Salaries 1639.20 17. Salaries - Salaries 1639.20 18. Salaries - Salaries 1639.20 19. Salaries - Salaries 1639.20 20. Salaries - Salaries 1639.20 21. Salaries - Salaries 1639.20 22. Salaries - Salaries 1639.20 23. Salaries - Salaries 1639.20		1. Nombre - First Name JAVIER ANTONIO 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono MUNICIPIO DE MOCA P.O. BOX 1571 MOCA PR, 00676 Empleador's Name and Mailing Address HC-02 BOX 13305 MOCA, PR 00676 Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address HC-02 BOX 13305 MOCA, PR 00676	

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea casado que viva con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivouviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayo de \$5,000;
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$ 5,000 o más.

Si usted eligió tributar bajo las disposiciones del Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado, referirse a las disposiciones aplicables bajo el mismo.

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente deje de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos correspondiente u por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurra en delito menos grave, y en casos de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del Tribunal, mas las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente deje de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe para evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurra en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que le exceda de \$20,000, o ambas penas, mas las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrón para que le complete un Formulario 999R-2C-W-3c-P.R.

Reproducido por: Rock Solid Technologies, Inc.

[illegible]

Formulario

Form 499R-2W-2PR

Rev. 08.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JAVIER ANTONIO		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 660433489		7. Sueldos - Wages 17451.19		INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) IRIZARRY VARGAS		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433489		8. Comisiones - Commissions 0.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 17451.19			
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. EL PEPINO CALLE 2 CASA B 66 SAN MOCA, PR 00676		5. Costo de Cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 1081.97			
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Date of Birth: Day Month Year		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		11. Total = 7+8+9+10 17451.19		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 17451.19	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address Municipio de Moca CALLE 1 JOSE CALAZAN PO BOX 1571 MOCA, PR 00676		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus records Keep copy for your records		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		13. Contrib. Retenida - Tax Withheld 70.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 253.04	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787)877-8058				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 1639.20		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contribuciones to CODA PLANS 0.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00		16. Código/Code 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number W706576				16A. Código/Code 0.00		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 003798026		Año: 2016 Year:							
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing Date: January 31									

Reproducido por: Rock Solid Technologies, Inc.
Reproduced by:



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración de los Sistemas de Retiro de los
Empleados del Gobierno y la Judicatura

ESTADO DE CUENTA ESTIMADO

→ en el año 2016

14 de junio de 2016

Agencia: 349 - MUNICIPIO MOCA

JAVIER IRRIZARY VARGAS
URB EL PEPINO
CASA B66 CALLE # 2
MOCA, PR 00676

Seguro Social: XXX-XX-XXXX *for*

A base de la información en nuestros registros, al 14 de junio de 2016 usted posee:

Fecha de Nacimiento: ~~18 de febrero de 1974~~ *1974*

Género: Masculino

Fecha de Ingreso al Servicio Público: 01 de febrero de 2000

Fecha de Comienzo de Cotización: 01 de febrero de 2000

Ley R2000 al 30 de junio de 2013	
Años Acreditados:	13.02
Aportaciones:	\$15,682.23
Intereses:	\$1,641.42
Gastos Teneduría:	(\$75.47)
Total Aportaciones:	\$17,323.65
SNC Pagado:	\$0.00
SNC Tiempo:	0.00
Beneficio:	\$0.00

Ley 3 al 31 de diciembre de 2015	
Tiempo Trabajado:	16
Aportaciones:	\$21,892.58
Intereses:	\$2,188.30
Gastos Teneduría:	\$0.00
Total Aportaciones:	\$24,080.88
Beneficio:	\$0.00

14/junio/2016

Es importante destacar que el Balance de la Aportación Individual refleja la acumulación de la cantidad aportada a Retiro a la fecha de la última nómina procesada en el Sistema. Los balances aquí reflejados por concepto de Aportación Individual y Años de Servicio están sujetos a revisión.

En caso de que la información no coincida con sus registros, deberá comunicarse con el Coordinador para Asuntos de Retiro de su Agencia o Municipio. Además, puedes acceder esta información a través de la sección Servicios en Línea del Portal de Internet de Retiro: <http://www.retiro.pr.gov>.

Le recordamos que previo a radicar una solicitud de pensión, deberá solicitar un Estado de Cuenta oficial a través de su Coordinador.

Coordialmente,

Unidad de Estado de Cuenta
Área de Participantes

Plaza Retiro, 437 Ave. Ponce de León, San Juan, PR 00917-3711
PO Box 42003, San Juan, PR 00940-2203
Tel: 787-754-4545
www.retiro.pr.gov

García



[Handwritten signature]

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT	
GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY	
1. Nombre - First Name JAVIER ANTONIO	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono IRIZARRY VARGAS URB. EL PEPINO CALLE 2 CASA B 66 SAN MOCA, PR 00676	
3. Fecha de Nacimiento: Dia Mes Año 4. Fecha de la Operación: Dia Mes Año	
5. Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address MOCA, PR 00676	
6. Donativos 7. Costo de Cobertura de Salud Auspicada por el Patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 8. Costo de la Seguridad Social - Social Security Tax	
9. Empleado - Employee 10. Patrono - Employer 11. Social Security Administration 12. Social Security Center 13. Social Security Administration 14. Social Security Center 15. Social Security Administration 16. Social Security Center 17. Social Security Administration 18. Social Security Center 19. Social Security Administration 20. Social Security Center 21. Social Security Administration 22. Social Security Center 23. Social Security Administration 24. Social Security Center	
25. Social Security Administration 26. Social Security Center 27. Social Security Administration 28. Social Security Center 29. Social Security Administration 30. Social Security Center	
31. Social Security Administration 32. Social Security Center 33. Social Security Administration 34. Social Security Center 35. Social Security Administration 36. Social Security Center	
37. Social Security Administration 38. Social Security Center 39. Social Security Administration 40. Social Security Center	
41. Social Security Administration 42. Social Security Center 43. Social Security Administration 44. Social Security Center	
45. Social Security Administration 46. Social Security Center 47. Social Security Administration 48. Social Security Center	
49. Social Security Administration 50. Social Security Center 51. Social Security Administration 52. Social Security Center	
53. Social Security Administration 54. Social Security Center 55. Social Security Administration 56. Social Security Center	
57. Social Security Administration 58. Social Security Center 59. Social Security Administration 60. Social Security Center	
61. Social Security Administration 62. Social Security Center 63. Social Security Administration 64. Social Security Center	
65. Social Security Administration 66. Social Security Center 67. Social Security Administration 68. Social Security Center	
69. Social Security Administration 70. Social Security Center 71. Social Security Administration 72. Social Security Center	
73. Social Security Administration 74. Social Security Center 75. Social Security Administration 76. Social Security Center	
77. Social Security Administration 78. Social Security Center 79. Social Security Administration 80. Social Security Center	
81. Social Security Administration 82. Social Security Center 83. Social Security Administration 84. Social Security Center	
85. Social Security Administration 86. Social Security Center 87. Social Security Administration 88. Social Security Center	
89. Social Security Administration 90. Social Security Center 91. Social Security Administration 92. Social Security Center	
93. Social Security Administration 94. Social Security Center 95. Social Security Administration 96. Social Security Center	
97. Social Security Administration 98. Social Security Center 99. Social Security Administration 100. Social Security Center	

Reproduced by: Rock Solid Technologies, Inc.

Formulario

Form 499R-2W-2PR
Rev. 07.18GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURYINFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE
HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATIONINFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY INFORMATION

222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JAVIER ANTONIO		2. Núm. Seguro Social Social Security No. 0828-0000 <i>dy</i>		7. Sueldos - Wages 17056.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 17056.00	
Apellido(s) - Last Name(s) IRIZARRY VARGAS		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433489		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 1057.47	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. EL PEPINO CALLE 2 CASA B 66 SAN MOCA, PR 00676		5. Costo de Cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 17056.00	
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Date of Birth: Day Month Year		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 247.31	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address Municipio de Moca CALLE 1 JOSE CALAZAN PO BOX 1571 MOCA, PR 00676		Patrono: - Employer: Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for:		11. Total = 7+8+9+10 17056.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787)877-8058		A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico calificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 0.00		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number W1059661568		C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: _____		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 1393.44			
Número Control - Control Number 201801139		Año: 2018 Year:		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing Date: January 31				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00			
				16. 0.00			
				15A. 0.00			
				16B. 0.00			
				16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

Reproducido por: Rock Solid Technologies, Inc.
Reproduced by:*Garcel*